



Medexpress, 2017-02-09 14:18

Nie ma dobrej onkologii bez leczenia wspomagającego



Fot. Thinkstock / Getty Images

Wiele badań pokazuje, że dobre leczenie wspomagające nie tylko wspiera leczenie przeciwnowotworowe, ale może też poprawić przeżywalność, a przynajmniej jakość życia - mówi prof. Richard Gralla.

O znaczeniu leczenia wspomagającego w terapiach onkologicznych rozmawiamy* z prof. Richardem Grallą z Albert Einstein College of Medicine, Jacobi Medical Center w Nowym Jorku.

* cały wywiad przeczytać można w lutowym wydaniu czasopisma "Służba Zdrowia".

Służba Zdrowia: W dyskusjach na temat leczenia pacjentów z chorobami onkologicznymi coraz częściej pojawia się temat leczenia wspomagającego. Interesujące prezentacje i panele na ten temat odbywają się również podczas *I Regionalnego Edukacyjnego Sympozjum dla Krajów Europy Wschodniej i Regionu Bałkanów na temat Leczenia Wspomagającego dla Pacjentów Onkologicznych*, które odbyło się w grudniu

ubiegłego roku w Belgradzie. Dlaczego leczenie wspomagające jest tak ważne, zarówno z punktu widzenia pacjenta, jak i lekarza prowadzącego terapię? Czy świat medyczny w pełni i dostatecznie docenia jego rolę?

Richard Gralla: Leczenie wspomagające jest integralnym elementem dobrej opieki nad chorymi na raka. W jego ramach nie tylko ogranicza się działanie niepożądanych terapii przeciwnowotworowych oraz objawów choroby, ale także umożliwia się leczenie najlepszymi możliwymi środkami, w sposób bezpieczny i wygodny dla chorego. Wiele badań pokazuje, że dobre leczenie wspomagające nie tylko wspiera leczenie przeciwnowotworowe, ale może też poprawić przeżywalność, a przynajmniej jakość życia. Przeciętny pacjent z zaawansowanym nowotworem boryka się bowiem z wieloma problemami. To problemy nie tylko fizyczne, ale również psychologiczne czy społeczne, a prawidłowe leczenie wspomagające, właściwa opieka nad chorymi na raka powinna je wszystkie uwzględnić.

S.Z.: Czym właściwie jest leczenie wspomagające, czym różni się od tego, co określamy mianem opieki paliatywnej?

R.G.: W przeszłości funkcjonowało pojęcie opieki paliatywnej, czyli zasadniczo łagodzenia objawów lub opieki u schyłku życia, jednak leczenie wspomagające to o wiele więcej. Opieka paliatywna to element leczenia wspomagającego. Międzynarodowe Towarzystwo Leczenia Wspomagającego w Onkologii (MASCC), definiuje leczenie wspomagające jako wszystko to, co nie jest leczeniem przeciwnowotworowym. Obejmuje to zatem stosowanie antybiotyków (a leczenie chorób nowotworowych jest niemożliwe bez dobrych antybiotyków), preparatów krwiopochodnych, środków przeciwwymiotnych, rehabilitacji, opieki psychologicznej, uwzględnienia społecznych aspektów choroby nowotworowej. Nie jest bowiem tak, że u pacjenta rozpoznajemy nowotwór i wystarczy leczyć tylko tę chorobę. Leczenie wspomagające jest integralną częścią leczenia onkologicznego. Im lepsze zapewniamy leczenie wspomagające i im lepiej jesteśmy w stanie odnieść je do chorób nowotworowych, tym lepszymi jesteśmy lekarzami, pielęgniarkami, farmaceutami, psychologami.

S.Z.: Obecnie systematycznie pojawiają się nowe sposoby leczenia nowotworów. Czy postęp w terapii przeciwnowotworowej zwiększa wymagania wobec leczenia wspomagającego?

R.G.: Rzeczywiście, w ciągu ostatnich dwóch, trzech lat pojawiło się więcej nowych środków niż w ciągu całej mojej kariery zawodowej. Pod tym względem żyjemy w fascynujących czasach. Te nowe, skuteczne metody leczenia niekoniecznie jednak muszą być lepiej tolerowane przez chorych. Działania niepożądane, związane z niektórymi z nowych środków, są często zupełnie inne niż te, do których przyzwyczajeni są lekarze zajmujący się nowotworami. W związku z tym bardzo istotną misją edukacyjną – stowarzyszeń na rzecz leczenia wspomagającego i konferencji dotyczących leczenia wspomagającego – jest szerzenie wiedzy o tych działaniach niepożądanych oraz omawianie wyzwań stojących przed lekarzami i personelem pielęgniarskim, aby mogli oni w skuteczny, bezpieczny i wygodny sposób leczyć swoich pacjentów.

S.Z.: Czy wiedza na temat nowych osiągnięć i nowoczesnego podejścia do leczenia wspomagającego jest dostateczna we wszystkich ośrodkach stosujących leczenie przeciwnowotworowe?

R.G.: Drugą – oprócz powstania nowych leków – zmianą ostatniej dekady była komunikacja elektroniczna. Artykuł opublikowany w Londynie w mgnieniu oka staje się dostępny na całym świecie. Kiedyś tak nie było. Kiedyś czekaliśmy, aż otrzymamy czasopismo pocztą. Zatem wszyscy mają w tym samym momencie dostęp do tej samej bazy wiedzy. Większe ośrodki mają tę przewagę, że zatrudniają ekspertów z różnych dziedzin, w tym także związanych z leczeniem wspomagającym: psychoonkologów, anesteziologów i innych specjalistów zajmujących się walką z bólem; mają też szersze możliwości rehabilitacji itd. Regionalne i lokalne ośrodki nie mają tylu specjalistów. I na tym właśnie między innymi polega idea właściwego podejścia do leczenia wspomagającego: aby każdy członek personelu pielęgniarskiego i każdy lekarz był jednocześnie specjalistą z zakresu leczenia wspomagającego. Dzięki temu spełnimy większość

potrzeb niemal wszystkich pacjentów. Aby zostać onkologiem klinicznym w ośrodku regionalnym, trzeba stale poszerzać swoją wiedzę. Gdy pojawiają się nowe leki, lekarze muszą uzyskiwać wiedzę o nich na bieżąco. Zatem naszą rolą jest udzielenie odpowiedzi na pytanie: jak edukować ludzi, ale nie tylko na spotkaniach, także w Internecie, w jaki sposób zdobyć więcej narzędzi edukacyjnych w poszczególnych językach. Nie wystarczą narzędzia tylko w języku angielskim, niemieckim czy francuskim. Wprawdzie angielski stał się czymś w rodzaju esperanto XXI wieku i coraz więcej lekarzy porozumiewa się w tym języku, ale nie zawsze jest tak w przypadku personelu pielęgniarskiego czy farmaceutów, a już na pewno nie w przypadku pacjentów. I wcale nie musi tak być. Dlatego jeśli mówimy o różnicach między dużymi ośrodkami akademickimi a ośrodkami regionalnymi, które w największym stopniu zajmują się świadczeniem opieki nad chorymi na raka, organizacje takie jak MASCC i inne muszą zapewnić narzędzia edukacyjne i bazę wiedzy w języku użytkowników, w języku naszych pacjentów.

S.Z.: Bariery językowe mogą też towarzyszyć różnice kulturowe, niekoniecznie łatwiejsze do pokonania...

R.G.: Rak jest wszędzie taki sam, niezależnie od tego, czy mieszkamy w Polsce, w Austrii czy w Hiszpanii. Istnieją jednak pewne różnice kulturowe w podejściu do problemów, ich omawianiu i spojrzeniu na chorobę, podejściu do życia i śmierci. W czasie belgradzkiego sympozjum jeden z kolegów mówił o ocenie jakości życia i jedno z pytań w ramach instrumentu europejskiego brzmiało: „Jak ocenia Pan/Pani swoje zdrowie w porównaniu do zdrowia innych znanych Panu/Pani osób?”. Mówił, że w kraju azjatyckim powiedziano mu, że to absolutnie nieodpowiednie pytanie, bo nie należy porównywać się do innych ludzi. To kwestia kulturowa, ale ocena mdłości, bólu lub kaszlu to sprawy uniwersalne. Istnieje więc wiele spraw uniwersalnych, jednak musimy być wyczuleni na różnice kulturowe. Wiemy, że w różnych krajach nieco inaczej praktykuje się medycynę, nieco inaczej wygląda kwestia płatności za opiekę, opieka onkologiczna może wyglądać inaczej w różnych krajach: w Stanach Zjednoczonych odbywa się to w ramach interny, w Wielkiej Brytanii już od dawna raczej stawia się na radioterapię. Widzimy inne sposoby postępowania: w Europie czasami są to poddziedziny medycyny; raka piersi w Stanach Zjednoczonych leczą wyspecjalizowani chirurdzy, natomiast w krajach niemieckojęzycznych – ginekolodzy. Mamy zatem różne sposoby dzielenia się tą wiedzą i musimy być tego świadomi, jeśli chcemy, aby nasze działania w różnych krajach były skuteczne. Jednak problemy i sposoby leczenia są wszędzie takie same. Szkolenia i edukacja mogą wyglądać nieco inaczej i podnoszenie kwalifikacji jest wyzwaniem, ale jesteśmy w stanie mu sprostać.

(...)